

Departamento de Seguridad Social Estudiantil

CANCELACIÓN DE SERVICIOS

F-SF-004

Lugar y fecha: _____

DIRECTOR (A) : _____
UNIDAD ACADÉMICA: _____

PRESENTE

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que derivado de mis intereses personales y de los trámites que de ellos dependa, solicito sea **ANULADO EL SERVICIO** que me brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social en calidad de estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos por la siguiente causal:

Derivado de lo anterior solicito invaliden los servicios médicos bajo esta institución de manera inmediata a la fecha de este documento.

(En caso de ser menor de edad, deberá firmar el padre, la madre o el tutor del alumno y anexar copia de INE)

De acuerdo con lo anterior indico al Gestor Responsable los datos requeridos para este movimiento.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

MATRÍCULA: _____ SEMESTRE: _____ GRUPO: _____

CORREO: _____

NSS: _____ UMF: _____ CURP: _____

Nombre y Firma Interesado (a)

Sello de recibido

IMPORTANTE: El presente documento elimina todo acuerdo anterior a la fecha emitida por éste.